Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 798 de 2016

MOVIMIENTO NACIONAL DE USUARIOS DE LA SALUD PÚBLICA Y PRIVADA

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 4 de octubre de 2016

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Luis Gallo Cantera
MIEMBROS:	Señores Representantes Martín Lema Perreta y Egardo Mier.
INVITADOS:	Señores Nelson Sena, Griselda Demasi, Fernando Fernández y Carlos Díaz.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.

SEÑORA SECRETARIA.- Corresponde designar presidente ad hoc. Se propone al señor diputado Luis Gallo Cantera.

Se va a votar.

(Se vota)

Tres por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

SEÑOR PRESIDENTE AD HOC (Luis Gallo Cantera).- Habiendo número, está abierta la reunión.

SEÑOR LEMA (Martín).- Mocionamos para que el miembro informante del proyecto de ley referido a la prevención del cáncer de próstata sea el señor diputado Egardo Mier.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota)

——Dos en tres: AFIRMATIVA.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a una delegación del Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada, integrada por la señora Griselda Demasi y los señores Fernando Fernández, Carlos Díaz y Nelson Sena.

El Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada hizo llegar una nota a la Comisión que preside la señora diputada Nibia Reisch -que en este momento está de licencia- solicitando ser recibidos para ser informados acerca de la sobrecuota de inversión.

SEÑORA DEMASI (Griselda).- Pertenezco al Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud Pública y Privada. Nuestra presencia aquí, en principio, es para agradecer al Parlamento la financiación de la participación de los movimientos de usuarios a través de un subsidio votado en el presupuesto nacional.

Nosotros pretendemos buscar la mejor atención en salud para todos los uruguayos y analizar la marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo con la Ley Nº 18.211.

Nuestro objetivo es que se haga efectiva la participación de los movimientos de usuarios y que su poder sea vinculante. Para que ello se concrete, debemos llegar al punto principal, que es hacer efectiva la participación.

Los Decretos Nº 269/2008 del 2 de junio de 2008, el 601/2009 del 18 de diciembre de 2009, el 160/2010 del 24 de mayo de 2010 reglamentan la participación de los usuarios y la integración de los consejos consultivos y asesores de los prestadores incorporados al Seguro Nacional de Salud. Esta participación todavía no tiene la eficacia que pretendemos.

A continuación, nos referiremos a seis puntos: sobrecuota de inversión, cápitas por Fonasa, elecciones a nivel nacional de usuarios, representación de ASSE ante el Junasa, financiación de los movimientos y diversos proyectos.

SEÑOR SENA (Nelson).- En este momento soy uno de los miembros que representan a los usuarios en la Junta Nacional de Salud.

En el pedido de audiencia establecimos seis puntos que nos interesa tratar con la comisión; tres o cuatro de ellos están directamente vinculados y dos tienen un punto aparte, sobre todo el que refiere a la financiación de los movimientos de usuarios y la realización de elecciones a nivel de los usuarios en los organismos de representación. Los demás temas tienen que ver con la sobrecuota de inversión I y II y las cápitas.

Comenzaremos a tratar lo que refiere a la sobrecuota de inversión I que se estableció mediante una ley votada por este Parlamento en el 2012, se puso en funcionamiento a través de distintos proyectos en el 2013 y aún está vigente. Hay treinta y cuatro instituciones que son beneficiarias y siguen cobrando las últimas veintitrés o veinticuatro cuotas.

Hay dos o tres cosas que son importantes. En primer lugar, todos sabemos que arriba del 3.44% al 3.51% de cada uno de los presupuestos de los prestadores habilitados para que sean beneficiarios de esta sobrecuota de inversión, presentaron distintos proyectos en el 2013 y en el 2014 que, al valor del dólar del momento, se estima que fueron unos US$ 108.000.000. En la actualidad, luego de ejecutado este monto, de los treinta y siete prestadores existentes, tres incumplieron con la ley y no fueron beneficiados posteriormente. Entre esos 34 prestadores que cumplieron tenemos distribuidos aproximadamente US$ 81.000.000 en presupuestos. Algunas instituciones tienen dos proyectos, otras, tres y algunas van por el cuarto proyecto.

Queremos referirnos a esa primera ley. El proyecto estipulaba que el gobierno nacional pagaría el 70% del proyecto y las instituciones una contraparte del 30%. Creemos -y así determina la normativa- que no está establecido cómo los prestadores devolverían ese porcentaje. Se dice que será establecido en el proyecto. Los informes de Economía de la Salud establecen que no todas las instituciones que llevaron adelante los proyectos los terminaron; el 30% de sus contrapartidas fue efectivizado. La cifra se puede observar exactamente en la documentación que está en Economía de la Salud, organismo del Ministerio de Salud Pública.

También queremos señalar que no podemos encontrar en la información técnica cómo ingresan al patrimonio de las instituciones los aportes que hizo el Fondo Nacional de la Salud a los prestadores. No hemos podido encontrar esta información a pesar de que hemos investigado. El Casmu recibió una cifra importante para la mejora de sus servicios. Reitero que no podemos identificar cómo, como Fonasa, nosotros formamos parte de

ese patrimonio. Quisiéramos saber cómo se identifica ese patrimonio dentro de su estructura contable, si es un bien, si es un bien compartido que paga el gobierno y la población uruguaya y qué dividendos se devuelven al Fonasa o de qué manera.

El Estado hizo una inversión en salud pero no tiene una forma de cuantificar los resultados y los beneficios para el trabajador, para el usuario. Necesitamos cuantificar esta inversión y conocer cuál fue su resultado. Por esta razón, preguntamos de muchas maneras a la Junta Nacional y al gabinete de Salud Pública -antes de seguir discutiendo la segunda sobrecuota de inversión- si podíamos cuantificar en números esa inversión hecha por todos nosotros. Queremos saber cómo mejoró la prestación para cada uno de nuestros beneficiarios, cómo funcionó y cuánta gente fue mejor atendida. Este aspecto va atado a otro tema que el compañero Díaz va a explicar, que refiere al componente sobrecuota de inversión y los convenios de complementación de servicios.

SEÑOR DÍAZ (Carlos).- Soy de Artigas; allá han pasado cosas y voy a hablar sobre documentos que son del departamento.

Quisiera hablar sobre la influencia -positiva o negativa- que pudo haber tenido la sobrecuota de inversión en la salud de los artiguenses.

La sobrecuota de inversión, al igual que la ley sobre la reforma de la salud, despertó expectativas positivas y fue votada con el objetivo de mejorar la atención a los ciudadanos, principalmente a aquellos más carenciados. Sin embargo, con el correr del tiempo y por distintos motivos, la herramienta creada se pudo ir distorsionando o perdiendo efectividad. El movimiento de usuarios, entre otras cosas, tiene la misión de tratar de que el modelo de atención sea lo mejor posible. A veces, ante la falta o escasez de recursos, se deben optimizar los recursos para que sean empleados efectivamente y lleguen a la gente; como dicen los técnicos: que aterrice en territorio. Hay cosas que no aterrizan en el territorio o aterrizan mal. En Artigas tenemos un prestador de salud privado, la mutualista Gremeda, que accedió a una sobrecuota de inversión de $ 52.000.000, unos US$ 2.000.000 del momento. Cuando se lanzó ese proyecto, se citó a todas las juntas departamentales de Salud Pública. Yo estaba en Artigas y se dio una discusión porque se le iba a dar a los prestadores privados y no a los públicos. La explicación que se dio entonces fue que se había creado eso con la intención de que fuera un compromiso para la complementación.

En la Judesa de Artigas siempre hemos pedido que Gremeda demuestre qué tipo de complementación hace para la zona rural, donde no tiene ninguna policlínica y se manejan con las de ASSE. Para ello se pactó con algunos pueblos -pero de palabra- cierta complementación que generalmente no se cumple en un todo. En realidad, no se cumplía; hace un tiempo que nosotros no estamos yendo por la zona.

En el momento en que se estaban dando los US$ 2.000.000 para ampliar el CTI de Gremeda, se le negó por parte de una comisión que se formó en Artigas denominada 'pro CTI público', el proyecto o la idea de crear un CTI. Más allá de que siempre se reconoció como CTI a un lugar que es de rehabilitación, de cuidados intermedios, faltarían algunas cosas para que se afirme que en ese edificio puede ser un CTI. Entre otras cosas, se negaron a otorgar ese dinero por falta de recursos; sin embargo, se dieron a la salud privada esos US$ 2.000.000 para que creara un CTI. La mutualista recibe un dinero que fue aprobado; no estamos diciendo que está haciendo algo ilegal. Tampoco decimos que es totalmente inadecuado, porque en la reforma se habla de que es un sistema integrado por lo que los privados tienen derecho a trabajar, además de que los usuarios de las mutualistas privadas queremos que se nos atienda bien. Nos parece que la brecha entre la mutualista privada y la asistencia pública se agranda cuando se toma una actitud de este tipo, es decir, de negarle al ámbito público y otorgarle al privado.

El problema es que no solo se le dio ese importe. Cuando empezamos a preguntar qué tipo de complementación se iba a dar, surgió un Convenio Complementación para la Ciudad de Artigas; se los voy a dejar para que lo lean. Ese convenio establece una venta de servicios: la mutualista le vende camas a ASSE. Pero ASSE no le vende nada. O sea que no hay una complementación, un retorno; no hay una partida que posibilite que ASSE no tenga que poner dinero y brinde servicios, que es de lo que se trata la complementación. En definitiva, eso significa prácticamente la privatización de la salud: se están transfiriendo dineros públicos al sector privado sin ningún retorno visible.

Ese dinero ya fue destinado. No le vamos a pedir a Gremeda que devuelva ladrillos; no es esa nuestra intención. Sí queremos que en el futuro las leyes -la sobrecuota de inversión fue establecida por ley- determinen una forma de controlar que se cumpla el fin para el cual fueron aprobadas.

Planteamos esto en la Judesa muchísimas veces, pero no tuvimos ninguna respuesta. A lo mejor, el Parlamento puede pedir las respuestas que a nosotros no nos han dado y buscar los mecanismos para que en el futuro no sucedan problemas similares. Creo que todos estamos de acuerdo en que la salud debe llegar a todos, principalmente, a los más carenciados.

Cuando discutimos la reforma de la salud, planteamos que el principal cambio que debía haber era que en vez de que el usuario fuera atrás de la salud a los hospitales, la salud fuera a su pueblo, a su barrio. Para que eso sea posible se precisan recursos.

(Ocupa la presidencia en señor representante Walter de León)

——Vuelvo a decir: venimos aquí porque estamos preocupados por los recursos y queremos saber de qué manera se van a controlar para que la salud llegue a la gente más carenciada.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Fernando).- Soy de la ciudad de Cardona, departamento de Soriano. Hoy, las cuatro personas que integramos la delegación somos del interior: Graciela es de Río Negro y Nelson, de Flores.

Para los que no nos conocen, digo que somos un movimiento nacional, que nació antes de que la reforma se empezara a aplicar. Este movimiento se formó en la década del noventa en los barrios de Montevideo, en virtud de las necesidades que tenía la población de los barrios más carenciados. La comunidad se fue empoderando y creó sus merenderos y sus policlínicas comunitarias. Allí estaba la organización necesaria para reivindicar el derecho a la salud. En ese ámbito, el movimiento se empezó a desarrollar, a organizarse, a confluir.

El movimiento fue montevideano hasta 2007, cuando en Treinta y Tres se realizó el III Foro Social Uruguayo de Salud y la 3º Asamblea Nacional de Salud. Allí se aprobaron los estatutos y el reglamento del movimiento, que nos rigen hasta hoy.

Actualmente, el movimiento tiene seis mil afiliados. Tenemos personería jurídica; es decir que estamos registrados. Debemos hacer asambleas como cualquier organización civil que está registrada en el MEC. Estamos en más de ciento ochenta lugares de la institucionalidad; recordemos que la reforma creó los espacios de participación. Por ejemplo, estuvimos en el primer Consejo Consultivo del país, donde se empezaron a discutir las bases de esta reforma. Estamos en el directorio de ASSE, en las judesas y en las julosas, que logramos constituir gracias al empoderamiento y la reivindicación de los usuarios, que plantean la problemática de la salud en el territorio. También participamos en algunos consejos consultivos del sector privado y del público. En este punto hay que decir las cosas claramente: no estamos en todos los lugares que desearíamos; aquí hay un hueco, un vacío que la ley tiene que llenar. Estamos convencidos de que la participación hace a la profundización y a la democratización y ayuda a que la salud llegue a todos en igualdad de condiciones, porque para nosotros el derecho a la salud con equidad es muy importante. En esta sociedad de libre mercado en lo que tiene que ver con derechos no se puede hablar de igualdad sino de equidad. La accesibilidad también es muy importante: hay que tener en cuenta el territorio y la determinación social. No es lo mismo nacer y vivir cerca del Obelisco, en Montevideo, que en Las Láminas, pueblo Castillo o Vergara. A veces en esos lugares el determinante no es una ambulancia o un médico sino el arroyo que crece y hace que al otro lado quede la población, inclusive con un médico y una ambulancia.

En distintas instancias hemos tratado todas estas problemáticas. Participamos más de un año en el Programa Nacional de Salud Rural que convocó el Ministerio; nuestros compañeros aportaron su impronta, como gente del interior.

Hice todas estas aclaraciones porque quizá alguien desconozca quiénes somos, de dónde venimos y cuál es nuestra historia.

Por otra parte, digo que la ley establece que se debería convocar a elecciones para elegir a los representantes de los usuarios en los diferentes órganos de participación: Asse, Junasa, Judesa, consejos consultivos de los prestadores. Para nosotros esto es muy importante.

Hacemos este planteo a la Comisión de Salud y Asistencia Social porque pensamos que el Parlamento tiene mucho que ver en esto y tiene la potestad -que también puede tener el Poder Ejecutivo- de redactar una ley para que se efectivice la elección de nuestros representantes.

Nosotros tuvimos la experiencia -acá hay legisladores que lo saben- de estar ocho años sentados en un sillón. No queremos eso. Queremos la participación democrática de los usuarios, pero con rotación; no queremos que estén más de dos años en esos lugares

Corresponde aclarar que nosotros trabajamos de forma honoraria. Tenemos una trayectoria que nos avala. Y si bien nos hemos ganado esos lugares, reivindicamos la democracia y la elección de los colectivos organizados que demuestren que tienen personería jurídica en el MEC. Por eso, queremos que se convoque a elecciones para participar por esos cargos, que también son una herramienta y brindan seguridad en cuanto a la profundización del sistema.

El Sistema Nacional Integrado de Salud no tendría razón de ser sin nosotros, los usuarios. La participación hace a la profundización y a la conquista del derecho a la salud en todos los ámbitos. Estamos convencidos -podemos poner miles de ejemplos- de que solo el saber académico no resuelve los problemas. Hoy se habla mucho de prevención y promoción, pero ambas se deben practicar en el territorio, no en el consultorio, de los muros para adentro. En ese sentido, lo mejor que le puede pasar al sistema, al país y a la sociedad es una comunidad empoderada, organizada, que pelee por el derecho a la salud.

Estamos convencidos de que es necesario legislar en esta materia. Queremos participar en elecciones para que nuestros representantes sean electos libre y democráticamente.

SEÑOR DÍAZ (Carlos).- Como dije, junto a los trabajadores formamos una comisión pro- CTI en Artigas. Lo que logramos fue que el lugar de rehabilitación que tenemos -que nosotros llamamos CTI- tuviera algunas mejoras: médicos presenciales, guardia, etcétera. Ahora, queremos seguir avanzando para tener un CTI público. Es más: nos parece que debería haber un CTI público en todas las capitales departamentales; eso llevaría a un equilibrio, inclusive en los costos de la salud.

Tengo acá una nota que me entregó un vecino antes de venir. Antes de leerla aclaro que hay un convenio entre Gremeda y ASSE por el uso de las camas de CTI, que no cubre las camas de intermedio; o sea que no soluciona totalmente el problema.

El vecino señala: “Comunico al Movimiento de Usuarios que luego de entrevistarnos con el integrante de dicha Institución, Carlos Díaz, y siguiendo su sugerencia, concurrimos hasta la Oficina de Atención al Usuario de Gremeda, donde manifestamos con un vecino de Bella Unión, que no estábamos dispuestos a aceptar que su señora fuera trasladada a dicha ciudad en una ambulancia sin médico, puesto que dicha paciente era de alto riesgo. Luego de algunas negativas, se nos manifestó que se solucionaría el tema viniendo una ambulancia de Bella Unión con médico a fin de trasladarla, lo cual finalmente se concretó, por lo cual damos el asunto por finalizado. Lo que queda claro es que el convenio que se firmó entre ASSE y Gremeda no cubre camas intermedias, y al salir de CTI el usuario tiene que trasladarse a su domicilio, sin importar dónde viva y, como sucedió en este caso, eventualmente sin las condiciones necesarias”.

Jamás el CTI privado va a solucionar los problemas de ASSE. Esto obedece a distintos motivos; este es uno. Por eso decimos que tienen que existir los dos e insistimos en que es necesario que haya un CTI público.

Luego de hablar con los trabajadores, resolvimos volver a luchar por el CTI público. Ya juntamos diez mil firmas que en su momento entregamos a la exministra Muñiz. Ahora, vamos a seguir planteando que es necesario que Artigas y otros lugares tengan un CTI público. Quizás en algún momento alguien llegue a este lugar a pedir ayuda para lograrlo.

Esta es la idea que tenemos. Cuando se nos niega el CTI se nos dan argumentos que para nosotros no son de peso. Como dije, no pueden argumentar que no hay plata porque se dio por otro lado. Tampoco pueden decir

que no se puede tener más de un CTI por capital departamental, porque un vecino tenía dos y le dieron otro.

Como decía mi compañero, no es lo mismo vivir en Artigas que al lado del Obelisco. Allá, en algunos momentos fue una trampa mortal no tener CTI. ¿Por qué? Porque no tenemos carreteras en condiciones, porque a veces tenemos que ir por Brasil para llevar enfermos, porque tenemos un aeropuerto que no puede funcionar de noche. Aparentemente, todos esos problemas se van a solucionar: las carreteras se van a hacer y se va a arreglar el problema de iluminación. Pero nosotros queremos que también se construya el CTI. Artigas tiene una población de sesenta mil o setenta mil personas, y se lo merece.

También quiero decir que el movimiento de usuarios trabajó en un proyecto de cooperación trilateral entre Brasil, Alemania y Uruguay. De ese convenio salieron € 5.000.000 que van a ser destinados a los pueblos de menos de cinco mil habitantes de la frontera, de la zona rural. Además, parte del dinero se destinará a la capacitación y el fortalecimiento de la sociedad civil y de los movimientos de usuarios. Hace años que pedimos que se nos informe qué pasaba con el dinero porque no aparecía. Ahora, apareció. Se están instalando policlínicas en Cerro Largo y se van a construir en Artigas. Es decir que en esta parte se va a cumplir con el proyecto. Sin embargo, no vemos nada con respecto a la capacitación, la intervención y la participación de la sociedad civil. Entonces, es difícil trabajar en estas condiciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les pido que redondeen porque tenemos que recibir a otra delegación.

SEÑOR SENA (Nelson).- Como entenderá, señor presidente, esperamos bastante tiempo para estar acá. Además, venimos desde todo el Uruguay; sabemos que usted viene de San José. Así que le pedimos permiso a la Comisión para poder terminar con la presentación.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pueden continuar.

SEÑOR SENA (Nelson).- Otro de los temas que queremos plantear es el de las cápitas del Fonasa.

Como saben, algunas de las formas en las que el Fonasa paga a los prestadores tienen que ver con las cápitas y con las metas prestacionales. Sin embargo, hay un tema bastante importante que refiere a la conformación de la cápita. Todavía no está claro cuáles son los organismos que intervienen en la conformación de la paramétrica y la discusión de los números para adjudicar el valor a la cápita. Ni los trabajadores ni los usuarios están en esas comisiones. Por lo tanto, esa es una deuda importante del sistema.

Existen otras comisiones de seguimiento que tienen que ver con el funcionamiento del Fonasa. Sucede que nosotros integramos la Junta Nacional pero no de forma plena. No tenemos los elementos directos para discutir las cosas. Es cierto que la gran mayoría de nosotros no es economista ni contador, pero podemos entender lo que pasa. Queremos defender los dineros e incidir para que la cápita pueda direccionarse hacia la promoción y la prevención de la salud.

Debemos decir -dada la última situación que se generó en julio de este año; tenemos solo la información numérica porque no participamos de la discusión- que hay un informe del Ministerio de Economía y Finanzas -junto con Economía de la Salud- que establece que las cápitas están sobrevaluadas en 2,5%. A su vez, tenemos un informe de las cuatro cámaras de mutualistas más la Médica Uruguaya que establece que, al contrario, hay un 4,39% de diferencia; quiere decir que están devaluadas. Eso se dio en medio de la discusión del ajuste del valor de las cápitas. Como saben, se iban a ajustar en un 4,53%; por un tema de medicamentos de 2015, había un adelanto de 0,83%. Por lo tanto, el valor se iba ajustar en un 3,70%. Además, en el informe del Ministerio de Economía y Finanzas, había una diferencia de 2,5% a descontar; entonces, el ajuste de las cápitas quedaría en 1,2%. Más o menos, una cápita está en los US$ 60. En Uruguay, se pagan alrededor de 2.500.000 de cápitas por mes. Entonces, estamos hablando de unos US$ 150.000.000 que paga el Fonasa solo por las cápitas; cada punto equivale a US$ 1.500.000. Entre el 4,39% y lo que establecía el Poder Ejecutivo habría una diferencia importante.

Debo señalar que el señor representante de las mutualistas amenazó a todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud diciendo que si no ajustábamos la cápita hacia arriba, no iban a cumplir con el contrato de gestión y que se iban a ignorar algunos acuerdos. Luego, el Poder Ejecutivo transó con la cámara de las mutualistas en 3,70% el ajuste de la cuota mutual. Entonces, perdimos por los dos lados. Fuimos amenazados

impunemente delante de toda la comisión por el señor representante de los prestadores y, a su vez, el Poder Ejecutivo no dijo que las cápitas estaban sobrevaluadas en 2,5%.

Nosotros somos subvencionados por el Parlamento de la República, pero queremos que el Fonasa subvencione los movimientos de los usuarios con un viejo proyecto, que llamamos el proyecto del peso. Queremos el Parlamento dé la posibilidad -nombrando una comisión administradora- de que una vez al año cada beneficiario del Fonasa disponga de $ 1 para el financiamiento de las organizaciones sociales y para que no dependamos de los organismos públicos. De esa forma, no dependeríamos de la Ley Nº 18.211, que se está incumpliendo. Esa norma establece que se debe subvencionar la alimentación y el transporte de las organizaciones de usuarios.

SEÑOR LEMA (Martín).- Señor presidente: agradezco que hayan hecho el esfuerzo de venir de distintos departamentos; eso habla de que hay una preocupación por la salud general, por tratar de hacer un abordaje nacional. Como hay diversas realidades, acceder a los servicios de salud no es fácil. Es muy importante que nos presenten todos los descargos. Por respeto al esfuerzo que se hizo, me veo obligado a realizar un informe de lo que pude constatar. Hay preocupaciones que compartimos y aspectos sobre los que no estamos de acuerdo. De todos modos, en un intercambio fluido y fraterno podemos encontrar puntos de conexión positivos. Algunas de las afirmaciones que ha realizado la delegación que nos visita son de magnitud.

Quiero empezar a hablar acerca de las cuotas de inversión. Yo tengo la misma incertidumbre. Se preguntó si desde el Parlamento podíamos hacer algo para acceder a mayor información. Efectivamente, algunas veces es muy dificultoso acceder a la información, pero la persistencia nos hace encontrar algunos datos importantes. Hace unos meses, realizamos un pedido de informes en cuanto a la sobrecuota de inversión y los controles. Una cosa es lo que está escrito y otra es el aspecto normativo. Para saber si se cumple con lo escrito y con la normativa, hay que controlar. Creo que allí está la mayor falla de todo el sistema. Lo digo con propiedad y voy a hacer referencia a algunos ejemplos que respaldan mis afirmaciones.

Debo decir que cursé un pedido de informes a la Junasa relacionado con la sobrecuota de inversión y para saber si se cumplía con el artículo 28 de la Ley Nº 18.211, que faculta a interponer sanciones con la cesación de pagos, etcétera. Sinceramente, se me envió un informe muy detallado, pero me quedaron algunas dudas sobre los procesos de inspección y de control. A propósito, la Junasa nos dijo que a julio de este año hay cuarenta y un proyectos aprobados, de los cuales treinta y cinco ya se destinaron los fondos. Entonces, habría que analizar el cumplimiento y cómo se coordinan las obras con el Ministerio de Transporte y Obras Públicas.

Hay otros temas que refieren a las quejas y los reclamos en los diferentes prestadores de servicios de salud. Quizás ustedes tengan material al respecto que quieran acercar a la Comisión; eso podría ser tenido en cuenta por la Junasa. Nosotros vamos a desmenuzar la situación de cada prestador para evaluar de forma pormenorizada cuál es la realidad.

Por otra parte, hablamos sobre el control de las cápitas. Si se declara un número, hay que saber cómo se hace la fiscalización; eso lo vamos a consultar en el nuevo pedido de informes.

Como recién se dijo, se paga por dos conceptos: por las cápitas y por el cumplimiento de las metas asistenciales. ASSE está registrando muy malos resultados en cuanto al cumplimiento de las metas asistencales. Queremos saber cómo toma el Ministerio de Salud Pública -en su carácter de rector- las estadísticas que figuran en el portal “A tu servicio”, donde ASSE se registra como el peor prestador de servicios de salud. Si no se establece el ejemplo con la salud pública, es muy difícil tener autoridad para aplicar el sistema en otros ámbitos.

Estamos a la espera del pedido de informes; si quieren, luego envío todo el material.

Quiero referirme al CTI en Artigas y a la complementación. No soy médico y estoy para aprender; por ello, soy curioso y me gusta preguntar. Me queda claro que cualquier departamento del país puede llegar a contar con un CTI público; hay que evaluar la situación particular. De todos modos, creo que desde las autoridades y desde el directorio de ASSE no hay un rumbo claro para tener una explicación categórica sobre la instalación de un CTI en cada departamento. Soy prudente y considero que hay que analizar todas las realidades

geográficas. No es lo mismo hacer traslados por la Ruta Nº 30 -seguramente, por el lado brasileño- que hacerlo por rutas en buenas condiciones. Hay que hacer un análisis minucioso y no partir de la base de si sirve o no.

Por otro lado, uno de los argumentos con respecto a no instalar un CTI público en el interior tenía que ver con los recursos humanos. Debo decir que los llamados a personal no incentivan mucho a los profesionales. Hay que evaluar si la contratación de un privado -en muchos casos no es una complementación sino una privatización; voy a dar datos que así lo reafirman- es más caro. No es lo mismo conseguir recursos humanos para trabajar en el interior profundo que más cerca de la capital.

También hay otras contradicciones que se dan desde las propias autoridades de ASSE; a veces se habla de si esto es redituable. Hace unos días, el director del hospital de Rivera dijo en la prensa que desde la implementación de un CTI público en el departamento, ASSE se ahorra US$ 2.000.000 por año. No digo que esté bien o mal; no tomo posición. Comunico lo que dice un cargo de confianza puesto por el actual Directorio de ASSE.

Recién decía que más que complementación, había privatización; eso no hay que tomarlo como bueno o malo. De todos modos, se manejan costos muy altos. Si uno apuesta a complementar, es más conservador con los recursos propios; en cambio, si uno apuesta a los recursos propios, disminuye la privatización. En este caso, es al revés. Los otros días, la señora presidenta de ASSE dijo que desde 2008 a 2015 había camas de CTI públicos como nunca; tiene razón, hay casi el doble de camas. ¿Cómo es posible que en 2008 -primer año del Sistema Nacional Integrado de Salud- se haya gastado US$ 7.500.000 en contratación de camas de CTI privados y que en 2014 se haya gastado US$ 21.500.000 y en 2015, US$ 19.500.000? Casi se triplica la cifra cuando se dice que hubo un mérito de ASSE porque había más camas de CTI públicos. Por lo tanto, uno se imagina que la necesidad de la contratación de los privados no es tan necesaria. A su vez, a nivel estadístico, ASSE no nos supo decir cuál fue el destino de esos montos. Creo que hay que innovar y analizar las situaciones coyunturales de cada departamento; hay que ser moderado.

Yo hablaba de la privatización y lo mismo sucede con los traslados; supuestamente hay más móviles. En 2008 se gastaron US$ 1.200.000 por contratación de traslados y en 2015 US$ 11.700.000. Se incrementan los recursos propios y se engrosa el presupuesto. En el quinquenio de Mujica se destinaron alrededor de 4.780.000 millones para ASSE. Obviamente, la inversión en salud es necesaria, pero tiene que dar resultados.

Hace poco se habló del tema de Bella Unión; creo que ASSE debe dar un lineamiento desde el punto de vista de la administración para saber hacia dónde quiere ir. Hay serios problemas en ASSE. Cuando uno tiene un problema, lo mejor que puede hacer es reconocerlo y tratar de resolverlo.

Reconozco que me faltan datos para tener un diagnóstico. Estamos estudiando el tema y tan preocupados como ustedes. No tengo dudas en que la falla principal refiere a la falta de control; el gran problema es el aparato fiscalizador.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Señor presidente: hemos conversado mucho de todos estos temas durante años; daría para conversar y discutir una semana. No me voy a poner a analizar punto por punto. En general, sin organizaciones sociales potentes no hay sistema que funcione. Creo que el Sistema Nacional Integrado de Salud tuvo la sabia iniciativa de incorporar a los movimientos sociales en la gestión de organismos tales como la Junasa y ASSE. Pienso que no estábamos preparados para enfrentar determinadas responsabilidades aunque, como bien dijo el compañero, hace tiempo que se estaba trabajando.

Me parece que se debería trabajar mucho más desde las autoridades del Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Salud en incentivar la participación. Creo que estamos en retroceso en cuanto a la participación; todo el período pasado fuimos inaugurando Judesa por Judesa en el territorio nacional y alguna Julosa. Por lo que tengo entendido, no se ha mantenido el desarrollo de estas juntas en cada departamento. Algunas Judesas han ido trabajando bien pero otras se han adormecido. Creo que debemos trabajar muchísimo en cuanto a la participación ciudadana, pero para militar necesitamos recursos; sin recursos es muy difícil. El trabajo que ustedes hacen es militante, pero no lo digo en el sentido de militante partidario sino militante en defensa de los derechos de los usuarios. Es muy difícil militar sin recursos y tomar

decisiones de cómo y cuándo vamos a generar iniciativas como las que se propusieron para dotarlos de recursos económicos. Esto es difícil.

Digo esto porque yo estuve del otro lado pensando el tema de los recursos económicos. El financiamiento de las organizaciones sociales es un asunto que tenemos pendiente. Si no hay financiamiento no hay militancia. No estoy hablando de que debe cobrar el militante sino que para organizar un evento, por ejemplo por parte quienes hoy nos visitan, que son un movimiento nacional público y privado, que están en todos los departamentos del país, se requiere de movilización de mucho dinero para que los compañeros vayan de un lado a otro del país.

El aspecto económico no es un tema que esté laudado; no es fácil porque pueden decir que a través de esto estamos financiando partidos políticos tanto de derecha como de izquierda, por lo que hay que tener mucho cuidado.

La otra pata renga que existe es el de la legitimidad que tienen los miembros de este movimiento que hoy están sentados aquí pero no los eligió absolutamente nadie. Se abrogan el derecho de venir a hablar en nombre del derecho nacional de los usuarios y son ciento cincuenta o doscientos en todo el país. Estoy dando ejemplos; no estoy hablando de ustedes. Estoy convencido de que deben hacerse elecciones para elegir a las autoridades que los van a representar en ASSE. Debe haber un acto eleccionario, un acuerdo que posibilite que las personas que se sienten en cada uno de los organismos representan a alguien. Ustedes saben que no todos representan a todos. Como gobierno, en cuanto a lo electoral, tenemos un debe que hay que mejorar para elegir a las organizaciones sociales, ya sea de trabajadores, de usuarios o de prestadores.

Con respecto al CTI, creo que se debería hacer un análisis departamento por departamento. No se puede jugar al boleo acá. Hay que analizar con seriedad, con cifras, cantidad de usuarios tanto del sector público como del privado del departamento, cantidad de traslados del sector público y privado al CTI -no me refiero a los traslados por estudios- y los recursos humanos que existen en ese departamento. En función de determinadas variables hay que tomar decisiones; no se puede jugar a decir que, como una persona tiene mutualista privada, quiero que el usuario de salud pública que tenga CTI. No, porque se ha demostrado que no funciona así. Precisamente, el día viernes tuvimos una reunión a nivel político con el director general de ASSE y con el Movimiento Nacional de Usuarios de la Salud del departamento de Canelones. Allí se habló de números, de día cama ocupada, de cuántas camas del CTI tiene que haber por habitantes. Aprendí mucho ahí.

Por ejemplo, en el departamento de Artigas se necesitan seis camas para atender la demanda pública y privada. Es una cama cada once mil habitantes. Si en Artigas hay un promedio de entre sesenta mil y setenta mil habitantes, se necesitan siete camas. Hay mecanismos que se pueden llevar adelante; me gustaría que esta idea se colectivizara. Quisiera que se convocara a las autoridades de ASSE a fin de que nos explicaran -la charla que tuvimos fue muy ilustrativa- cómo se justifica que un departamento tenga un CTI en el sector público. Hay departamentos donde ello se justifica de acuerdo a la cantidad de habitantes, pero en otros no.

Entonces, en función de todo ello, el ahorro que hace ASSE es muy importante y lo vuelca en otras áreas. Por ejemplo, en el tema del CTI todos saben cómo es el mecanismo de elección. Una vez que el hospital recibe a un paciente en el CTI, se llama a la coordinadora. En primer lugar se trata de dejarlo en el lugar más cerca dentro del sector público. Después hay un llamado a licitación -se hace todos los años- y hay un ranking de CTI con distintos precios. Estos son accesibles y ASSE lo paga sin ningún tipo de problema. ¿Cuándo se hace inaccesible? Cuando se termina esa lista y se sale a contratar en forma privada. Cuando se pasó por esa lista y no hay camas en los CTI que están licitados, hay que salir a comprar camas, y es ahí cuando el sector privado nos arranca la cabeza. Esto es lo que hay que tratar de evitar.

La única forma de evitar que eso pase es comprando camas al sector privado, a un precio que le sirva a ASSE y al prestador privado. Cuando uno habla del análisis del CTI no solamente se tiene en cuenta los aparatos, el respirador, el cardiodesfibrilador, que, si bien son caros, es lo más barato. Lo más difícil es el montaje y los servicios satélites que se necesitan para montar un servicio de CTI; no solo alcanza con tener siete médicos intensivistas, un coordinador de CTI, un jefe de CTI, siete licenciadas o veintiocho enfermeras. Pasa por un andamiaje que cuente con ginecólogo interno de guardia, cirujano interno de guardia, anestesiólogo interno de guardia, tomografía a tiro y diálisis a tiro, porque no se puede trasladar a un paciente para hacer una diálisis cuando está internado. Es decir, hay un montón de factores que hace que se encarezca mucho si lo vamos a llevar a un departamento. Entonces, en función de todo ello, la estrategia que utiliza ASSE es comprar las camas de CTI.

La experiencia de San José es muy buena, pues compró dos camas de CTI. La Asociación Médica de San José debe tener dos camas al precio establecido durante cierto tiempo para pacientes, que es lo que ASSE calculó que precisa. Lo mismo ocurrió en Artigas -supongo yo, porque no conozco el tema de Artigas y no me gusta opinar de las cosas que no sé- porque, seguramente, haber pasado de tres camas de CTI a seis, además de que el índice ocupacional tanto de Gremeda como de ASSE esté sobrado y ASSE tal vez tenga que comprar una o dos camas.

Esta es una preocupación que defiendo porque uno de los motivos para que existan los movimientos de usuarios es luchar para que todos tengamos una salud lo más equitativa posible. Yo los admiro por eso, pero también analicemos punto por punto y lugar por lugar si es conveniente o no la apertura de un CTI.

En cuanto a la sobrecuota de inversión, tengo la misma preocupación que todos ustedes. Lo que más me preocupa desde el período pasado, y más ahora con la ley nueva, son los controles.

En el período pasado habíamos dispuesto un sistema de controles trimestrales; es muy confuso de explicar. Recuerdo que empezamos con un número de personas que se dedicaban a este tema. Me acuerdo que se hizo un acuerdo con el Ministerio de Transporte y Obras Públicas para contratar a una cantidad de arquitectos, porque no cualquiera puede ir e inspeccionar una obra. También había economistas y contadores, y la parte administrativa hacía un relevamiento trimestral de cada sobrecuota de inversiones.

Cuando vimos algunos desvíos, porque siempre hay desvíos, aplicamos una norma genérica en cuanto a que la sobrecuota de inversión debía ir a una cuenta que la institución abría específicamente para que el cheque de la sobrecuota fuera volcado a una misma cuenta. Lo que sucedía era que lo metían todo en una misma cuenta y no se sabía cuánto era de la institución, cuánto de la sobrecuota de inversión y cómo se había administrado la sobrecuota de inversión. Entonces, logramos hacer eso.

Cuando pesquisamos que la sobrecuota de inversión no iba con destino a la sobrecuota de inversión, se suspendió a la institución.

Como dije, una de las cosas que me preocupa muchísimo es el control. Todos saben que es muy difícil tener un buen cuerpo inspectivo, porque lo compra el sector privado. Lo que se hizo durante mucho tiempo fue formar recursos humanos en el Ministerio de Salud Pública para que fiscalizara distintos aspectos de la vida de la salud, desde la sobrecuota de inversión, hasta instituciones, prostíbulos, hospitales, sanatorios y un montón de aspectos, con sueldos interesantes para el momento. Todos esos recursos humanos fueron siendo captados por el sector privado.

¡Ni cuento lo que tiene que ver con los laboratorios! Cuando se formaban y se ponían a fiscalizar, inmediatamente les pagaban el doble. Hoy tenemos una carencia de recursos fiscalizadores en el Ministerio de Salud Pública. Debemos asumirlo; tenemos dificultades. Ahora bien, tener dificultades no quiere decir que no debamos controlar; para eso, el instrumento que se creó desde las juntas departamentales de salud es fantástico. Cuando el control no se puede hacer desde la capital, la formación de las juntas departamentales de salud conjuntamente con el director de salud deben jugar un papel fundamental. No todos sabemos de todos los temas; no podemos opinar sobre un avance de obra, por ejemplo. Hay que ser arquitecto o ayudante de arquitecto. Sin embargo, hay cosas que desde las juntas departamentales de salud, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, se pueden controlar y se debe controlar.

Me parece que estas reuniones siempre son positivas porque nos abren la cabecita a nosotros para pensar en algunas cosas; sirven para el intercambio de experiencias. Cuentan con nosotros para preguntar, estudiar y pasar informes. Hay temas que son polémicos; algunos tienen un rumbo, en otros nos ponemos o no de acuerdo pero básicamente en lo central estamos absolutamente de acuerdo.

SEÑOR RÍOS FERREIRA (Silvio).- Soy médico de Artigas, jubilado hace tres años. Conozco bien toda la situación porque ejercí la dirección del hospital del departamento entre 2005 y 2010.

Yendo de lo general a lo particular, esta reforma de la salud es integral, por lo que no se hace de un día para el otro, y su construcción es colectiva. Felicitamos a los usuarios por su participación. La gran interrogante al principio fue qué sabían los usuarios sobre salud, y desde la dirección siempre dije que era el retorno de las cosas que estábamos haciendo, porque nadie es infalible. También es importante la participación de los

trabajadores, que al formar parte de un gremio afiliado al PIT- CNT, con representación nacional, tienen la posibilidad de una mayor representatividad. Por su parte, el movimiento de usuarios ha venido remando desde hace mucho tiempo, tratando de conseguir la mejor representación y lo más universal posible. Todavía no lo han conseguido, pero seguramente lo van a conseguir porque sus demandas son muy atendibles.

No voy a repetir los aspectos generales de este tema porque ya fueron abordados por los señores diputados Lema y Gallo Cantera. Voy a referirme a la situación de Artigas en cuanto al desarrollo de las estructuras dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud. En mi criterio, nuestro departamento está luxado de las líneas de desarrollo del país, porque la Ruta Nº 5 llega a Rivera, pero para llegar a Artigas hay que doblar a la izquierda por la Ruta Nº 30, que tiene muchos problemas. Además, históricamente fue un departamento muy olvidado. Cuando asumimos la dirección del hospital, el compañero Tabaré González -que en ese momento era subsecretario de Salud Pública y me impuso en el cargo- me dijo: "No sé si a Perico" -lo decía por mí- "le doy un premio o una condena", debido a la situación que vivía el hospital. Considero que me premiaron, ya que trabajé toda mi vida en Artigas y puse todo mi empeño para empezar a recomponerlo. Hubo avances muy importantes, no solo por la gestión individual sino por haber interpretado el Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue una consigna de los gremios médicos del Uruguay desde hace muchísimos años. Empezamos a trabajar para ver si lo podíamos llevar adelante.

En Artigas, debido a ese retraso histórico, había una diferencia muy grande entre el desarrollo del sector público y el desarrollo del sector privado, y a nivel de país sigue habiendo un retraso entre las estructuras públicas y las privadas. Del equilibrio depende que el sistema público siga avanzando en consonancia con el sector privado. Ese equilibrio va a llevar tiempo conseguirlo. La definición del Sistema Nacional Integrado de Salud indica que si los públicos actuaban por un lado y los privados por otro íbamos a tener una salud para pobres -como había sido en el Uruguay la salud pública- y otra para ricos. En realidad, el sistema privado está muy apuntalado por los trabajadores, que empezaron a afiliarse. En Artigas, el gremio bancario, los municipales y los metalúrgicos fueron las primeras afiliaciones colectivas. El sector mutual creció por esos afiliados, no por el gran capital.

Para no ocupar más tiempo, voy a referirme al CTI. En Artigas hicimos un centro de emergencia, pero queríamos tener la posibilidad de contar con CTI.-.En el momento histórico que nos tocó vivir -entre 2005 y 2010- no teníamos condiciones para hacerlo. Sí conseguimos una sala de estabilización de enfermos críticos. En realidad, el paciente que necesita CTI precisa un determinado tiempo. Hay que hacer toda la recorrida administrativa, llamar a la coordinadora y demás. De repente, el CTI público disponible está en Rocha, es decir, en la otra punta del país. Es necesario cierto tiempo para estabilizar al enfermo, que en el mejor de los casos deberá soportar un viaje de 250 kilómetros hasta Tacuarembó o Rivera, que ahora también tiene un CTI.

Como es necesario estabilizar a los pacientes, hicimos un gran esfuerzo en ese sentido. Contamos con la colaboración de médicos. También hubo un gran movimiento de los trabajadores, tanto de los licenciados y auxiliares en enfermería como de los sectores especializados. Así conseguimos que esa unidad funcionara adecuadamente.

Sin embargo, siempre se siguió necesitando el CTI. Pienso que la solución a la que se ha arribado es adecuada. El CTI todavía no está habilitado; seguramente se va a terminar este mes o el próximo. Es decir que el problema del CTI de Artigas está transitoriamente resuelto. ¿Esto es o no definitivo? Veremos qué pasa.

Vivimos una situación dramática cuando la epidemia de gripe H1N1 afectó al país. En ese momento nos dimos cuenta de la falta de camas de CTI que había del río Negro para arriba. En todos los departamentos pasó lo mismo: perdimos enfermos jóvenes, cuyas muertes eran evitables.

En esto hay que tener una visión nacional; se debe llevar adelante una política general. Los aportes que ustedes han hecho son muy buenos y vamos a analizarlo. Transitoriamente la solución es este CTI. Como decían, no solo se precisan aparatos sino que también son fundamentales los recursos humanos.

Tengan la tranquilidad de que el hospital de Artigas progresó mucho: avanzó toda la parte del diagnóstico con imágenes con la incorporación de un tomógrafo y de ecógrafos de última generación. Hoy en día está equipado para que funcione en ese mismo medio un CTI. Todavía no tenemos un médico permanente, pero

como las imágenes pueden volar hay gente en Rocha, como el doctor Figueredo, y en Montevideo que permanentemente hacen los informes. Eso nos permite atender mejor.

Debemos seguir siendo humildes. Esto no está terminado. Hemos encontrado algunas soluciones para Artigas, pero son transitorias. Así que vamos a tener que seguir luchando.

Además, hay que tener en cuenta que el avance tecnológico en la medicina no se detiene, sobre todo en especialidades como traumatología y oftalmología. Mientras tanto, nosotros seguimos a 600 kilómetros del centro principal, que es Montevideo.

Considero altamente positivo el planteo que se ha hecho. Nosotros tenemos que analizar el tema de la cápita y los demás puntos. Si bien yo no estoy vinculado a esos temas, entiendo que hay que estudiarlos.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Los hemos escuchado atentamente. Es muy importante la participación de los usuarios a nivel de todo el sistema, sobre todo del público.

Donde coexiste un sistema público y uno privado siempre hay conflicto de intereses. Es difícil resolver esa ecuación. Esto sucede en todos los sistemas sanitarios a nivel mundial. Es difícil establecer un sistema sanitario realmente perfecto porque en él confluyen distintos colectivos con diferentes intereses, que algunas veces son concurrentes y, otras, divergentes, como sucede con los sectores que proveen equipamiento médico y medicamentos. Todo eso genera conflictos. Para gestionar adecuadamente un sistema de salud hay que tratar de resolver esos conflictos de la mejor manera.

El aporte de ustedes es muy importante.

En cuanto a la parte legislativa, entiendo que es necesario dar la legitimidad que se obtiene a través de un proceso eleccionario. Sin embargo, creo que ustedes han tenido esa legitimidad porque el trabajo se las ha dado. Considero fundamental que el movimiento de usuarios siga creciendo.

Por otra parte, el problema del CTI también tiene que ver con el conflicto de intereses privados y públicos al que hice referencia. Además, debemos tener en cuenta que el Estado a veces tiene problemas para gestionar sus recursos y otras situaciones que se dan en los hospitales públicos.

El tema de las cápitas también es importante. Los gastos en salud son crecientes, entre otras cosas, porque la tecnología médica y la terapéutica se siguen desarrollando. En Uruguay, se da la particularidad de que la población está haciendo una transición demográfica. Eso va a generar una población que requiera más cuidados. Además, tenemos un consultismo muy alto.

El sistema de salud uruguayo tiene muchas fortalezas. A diferencia de otros países de Latinoamérica y de Estados Unidos, acá si una persona necesita un cardiodesfibrilador, un marcapasos o una cirugía de prótesis de las más habituales, puede tenerla sin problema porque todos, pobres y ricos, tienen posibilidades iguales en este sentido. Ese es un capital de nuestra comunidad que se logró, entre otras cosas, por la participación. El mutualismo también se desarrolló gracias a la participación de los trabajadores.

SEÑOR MIER (Egardo).- Hoy, doña Prudencia me aconsejaba escuchar, aprender mucho y no hablar, pero no quiero que ustedes se vayan preguntándose quién era aquel que estaba vestido con un chaleco colorado. Por lo tanto, me voy a presentar.

Soy el diputado Mier, del departamento de Treinta y Tres, y represento al Partido Nacional. Durante treinta y tres años ejercí la profesión de médico. Estuve más de veinte años en la administración y gestión de las instituciones de salud en el ámbito privado. Varios años estuve en la Federación Médica del Interior, de la cual tuve el honor de ser presidente durante muchos años. Fui y soy un defensor de esta reforma de salud, de los paradigmas que persigue. Los uruguayos y las instituciones deben comprender que el único camino para poder tener una salud igualitaria universal, con el mismo nivel en el sector público y en el privado -de privado le viene quedando muy poco-, es la complementación de los servicios entre los dos sectores.

Ahora, estoy dedicado a estos menesteres de la política. Mientras fui presidente de la Federación no quise participar nunca en esta actividad. En ese momento renuncié a la banca, porque considero que es incompatible la representatividad de un gremio con el ejercicio de la política partidaria; creo que son dos cosas diferentes. Así que estoy acá, a las órdenes para trabajar juntos.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión les agradece su presencia.

SEÑOR FERNÁNDEZ (Fernando).- Los agradecidos somos nosotros. Esta es la primera vez que concurro a una instancia como esta. Son espacios que se abren. Como dijo mi compañero, nosotros tenemos puesta la camiseta de esta reforma, que es perfectible. Para nosotros el vaso tiene más agua que antes, aunque le falta un montón.

Coincidimos en que es necesario el control. Precisamente, hoy leía declaraciones del doctor Fernández Galeano. A partir de la crisis de 2002 el sistema financiero uruguayo inteligentemente logró armar un mecanismo de control y fiscalización de la banca. Él traía este tema y lo comparaba. Este sector maneja más de US$ 20.000.000.000. El Fonasa mueve entre US$ 3.500.000 y US$ 4.000.000. Entonces, decía que, con inteligencia, la preocupación de ustedes y la nuestra sobre el control se puede arreglar. En eso estamos de acuerdo.

En esto nos va la vida. No les voy a decir lo que tienen que hacer. Solo des digo que en esto ustedes tienen mucho para hacer.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la reunión.